

## Espiral intraprostático. Nueva alternativa de tratamiento de la hipertrofia prostática benigna.

Su inserción bajo control endoscópico y su seguimiento a un año.

Drs. Garcés Miguel A., Villamil Antonio A., Acosta Güemes Carlos A.

### RESUMEN:

Se describen los primeros seis casos tratados con un espiral intraprostático, como alternativa terapéutica en pacientes portadores de una hipertrofia benigna de próstata con retención aguda o crónica, con contraindicación quirúrgica. Todos los procedimientos se realizaron con un cistouretróscopio para su colocación y control.

(Revista Argentina de Urología, 55: pág. 122, 1990)

**Palabras Clave:** Próstata - Hipertrofia benigna - Espiral intraprostático

En 1989 presentamos en la Sociedad Argentina de Urología un trabajo sobre la utilización, táctica y técnica del empleo de un espiral intraprostático, que permite sortear el obstáculo del agrandamiento prostático a la evacuación vesical, manteniendo la continencia.

Hasta el mes de Julio de 1990 llevamos tratados 6 pacientes con este método, todos ellos portadores de una hipertrofia benigna de próstata, (HPB) con sonda permanente por retención aguda o crónica y con contraindicación quirúrgica, fundamentalmente por tratarse de pacientes añosos, con severos trastornos cardiorrespiratorios

Se han tenido en cuenta las contraindicaciones absolutas al uso de esta prótesis: estenosis uretrales que requieren tratamiento constante, portadores de tumores vesicales y de las vías urinarias superiores, cálculos o cuerpos extraños vesicales y las vejigas autónomas.

### MATERIAL Y METODOS

Empleamos la prótesis de Fabian (1980), consis-

tente en un espiral metálico con baño de oro, que le proporciona una mayor biocompatibilidad.

La misma consta de un cuerpo formado por espiras, una tras otra, de un diámetro de 21 Fr. (7 mm), en modelos de distinta longitud (4,5; 5,5; 6,5 y 7,5 cms.), un cuello de 2 cms. de largo, que une el cuerpo con la cabeza, constituida por dos espiras.

La determinación previa de la distancia verucuello por uretrografía, uretroscopía o ultrasonografía es indispensable para una correcta elección de la prótesis a emplear, que deberá ser 1,5 cms. más larga que esa distancia, asegurándose que el extremo del cuerpo sobrepase el cuello vesical, y el propio cuello de la prótesis, se ubique en la uretra membranosa y la cabeza distal al esfínter externo.

Se coloca con anestesia local y es opcional la administración de un sedante por vía general.

Con el paciente en la mesa quirúrgica y en posición de litotomía, se coloca un catéter de 5 Ch. a través de la uretra, que sirve de guía para deslizar y conducir el espiral. Con el auxilio de un uretroscopio con óptica de 0° grado y armado con una pinza de biopsia, que toma la prótesis de la última espira del cuerpo, empujándola hasta ubicar por control visual la porción cefálica por delante del esfínter. A continuación se retira la pinza, el endos-

copio y el catéter guía.

Las radiografías posteriores o la ecografía documentarán su correcta posición.

Las uroflujometrías de control mostraron en todos los controles Flujos Máximos entre 8 y 14 ml/seg.

te a las características de las micciones, urocultivos, uroflujometrías y radiografías eventualmente.

Proveemos al paciente de una tarjeta identificatoria con sus datos personales, y fecha de implante, para evitar accidentes, si otro profesional desprevenido

Casuística						
Caso	Edad	Patología	Grado	E. I.	Fecha	Técnica
1	75 años	H.P.B	IV	7,5 cm.	3/89	endoscópica
2	81 "	"	IV	7,5 "	3/89	"
3	80 "	"	III	6,5 "	6/89	"
4	76 "	"	IV	7,5 "	10/89	"
5	80 "	"	III	6,5 "	4/89	"
6	83 "	"	III	5,5 "	5/89	"

Tabla I La media de edad es de 79 años y promedio de seguimiento 8,5 meses.

## COMENTARIO

Recomendamos el seguimiento semanal el primer mes y luego mensual, para detectar complicaciones en forma precóz, con el interrogatorio referen-

intentara sondarlo.

La durabilidad del espiral no se conoce exactamente, aunque en estadísticas más importantes, el mismo ha permanecido en buen estado funcional por más de un año.

Complicaciones Intraoperatorias o Inmediatas				
Caso	Hematuria	Fiebre	Migración Intra-vesical	Terapéutica
1	-	-	-	-
2	+	-	-	Micro-talla
3	+	+	+	Recolocación
4	-	+	-	-
5	-	-	-	-
6	+	-	-	-

Tabla II

Caso	Complicaciones Alejadas		
	Hematuria	Irritación Vesical	Infección urinaria
1	-	-	-
2	-	-	-
3	-	+	-
4	-	-	-
5	+	-	+
6	-	-	-

Tabla III Las uroflujometrías de control mostraron en todos los controles Flujos Máximos entre 8 y 14 ml/seg.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Reuter H. J. y Oettinger M. Las primeras experiencias con la espiral de acero, en lugar de catéter permanente. Arch. Esp. de Urol. 1986; 39 Supl. 1: 65-68.
2. Nordling J., Holm H.H., Nielsen K.K., Haldt T. Urinary retention treated with an intraurethral spiral. Abstract of European Association of Urology, 8 Congress, London, England 18-21, May 1988.
3. Nordling J., Holm H. H. y col., The catheter mounted intraprostatic spiral. Results of insertion under ultrasonic guidance. Abstract S. I. U. (International Society of Urology) XXI Congress Buenos Aires. Argentina 9-14 October 1989.
4. Yuga Chen, Alexander Greenstein, Tel Aviv, Israel; The Journal of Urology Vol. 141: Number 4, Part 2 (262), 1989.
5. Zungri S. Protesis Endoprostática. Actas Urol. Esp. Vol. XII, Nº 6; 1988.
6. Villamil A., Garcés N. A. y col. Protesis Endouretral. Su utilización en obstrucciones urinarias bajas (en prensa).